



**WELL CHILD EXAM -
ADOLESCENCE: 16 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 16 ЛЕТ

ДАННЫЕ О подростке заполняются самим подростком	ИМЯ РЕБЕНКА _____		ДАТА РОЖДЕНИЯ _____		
	АЛЛЕРГИИ _____		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____		
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		
	Я завтракаю каждый день.		Я ежедневно получаю физические нагрузки.		
	Мне есть с кем поговорить.		Я отвожу достаточно времени на сон; _____ часов в сутки.		
	Я доволен тем, как у меня идут дела в школе и/или на работе.				
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE		Diet _____
	<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history				Sleep _____
	Screening:		MHZ	R	L
Hearing Screen	4000	_____	_____	<input type="checkbox"/> Review Immunization Record	
	2000	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hgb/Hct _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral	
	1000	_____	_____	<input type="checkbox"/> Cholesterol	
Vision Screen	500	_____	_____		
Development	R 20/	_____	L 20/	Health Education: (Check all discussed/handouts given)	
Behavior	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	_____		<input type="checkbox"/> Nutrition/weight control <input type="checkbox"/> Regular physical activity/Sports	
Social Emotional	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	_____		<input type="checkbox"/> Seat belts/Driving <input type="checkbox"/> Injury prevention/safety	
Mental Health	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	_____		<input type="checkbox"/> Tobacco Use <input type="checkbox"/> Drugs/Alcohol <input type="checkbox"/> STD/HIV/AIDS	
Physical:	N	A		<input type="checkbox"/> Sex education/birth control <input type="checkbox"/> Suicide/Depression	
General appearance	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Chest	N	<input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> Self Exam <input type="checkbox"/> Future Plans	
Skin	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Lungs	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Other: _____	
Head	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A		
Eyes	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Abdomen	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A		
Ears	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Genitalia	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A		
Nose	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Spine	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A		
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Extremities	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A		
Neck	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Neurological	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A		
Nodes	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A	Gait	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A		
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____					
IMMUNIZATIONS GIVEN					
REFERRALS					
NEXT VISIT: 18 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME			
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS			

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (16 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(21)5.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 16 ЛЕТ

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 16 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 16 ЛЕТ

ДАННЫЕ О подростке заполняются самим подростком	ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА	
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:	
	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я завтракаю каждый день. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мне есть с кем поговорить. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я доволен тем, как у меня идут дела в школе и/или на работе.		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я ежедневно получаю физические нагрузки. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я отвожу достаточно времени на сон; _____ часов в сутки.	
	ВЕС, КГ/УНЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ	
	<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней			
	Обследования:	МГц	Прав.	Лев.
	Слух	4000	_____	_____
		2000	_____	_____
		1000	_____	_____
	500	_____	_____	
Зрение	Прав. 20/_____	Лев. 20/_____		
Развитие	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Норм. Отклон.			
Поведение	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Норм. Отклон.			
Социальное/ Эмоциональное развитие	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Норм. Отклон.			
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Норм. Отклон.			
Физическое состояние: Норм. Отклон.				
Общий внешний вид	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Грудная клетка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Норм. Отклон.
Кожа	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Легкие	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Голова	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Сердечно-сосудистая система/Пульс	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Глаза	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Живот	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Уши	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Половые органы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Нос	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Позвоночник	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ротовая полость/Зубы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Конечности	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Шея	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Неврологическое состояние	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Узлы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Походка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания:				
<hr/> <hr/> <hr/>				
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ				
НАПРАВЛЕНИЯ				
ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ				
АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ				

Забота о здоровье в возрасте 16 лет

Что нужно вашему организму

Как вы можете помочь своему организму в возрасте от 16 до 18 лет.

Вам нужны регулярные медосмотры, проверки зрения и слуха, выполняемые вашим врачом. Не реже раза в год следует посещать стоматолога.

Вам нужно спать не менее 8 часов в сутки, чтобы хорошо учиться в школе, работать или водить машину. Не беритесь за дополнительную работу, если вы делаете это в ущерб вашему сну.

Занятия физическими упражнениями – наиболее эффективный способ регулирования веса. Диеты должны планироваться и контролироваться врачом. Прием слабительных или рвотных средств может повредить вашему организму. Ваш организм не будет получать питательных веществ, необходимых для роста. Если кто-то из ваших друзей принимает рвотные или слабительные средства для регулирования веса, то ему нужна помощь.

Помощь или подробная информация

Семейный телефон доверия: 1-800-932-4673, Национальная кризисная справочная служба: 1-800-999-9999 или Национальный кризисный телефон доверия «Boys Town»: 1-800-448-3000

Информация для подростков по вопросам полового развития и воспитания: www.teenwire.com.

Информация о подростках-геях и подростках-лесбиянках: PFLAG («Родители, семьи и друзья лесбиянок и геев») – www.pflag.com или 202-467-8180.

Информация о пищевых расстройствах: www.allabouteatingdisorders.com.

Здоровое поведение

Изучайте вопросы, касающиеся сексуальности, воздержания, венерических болезней, а также вопросы регулирования рождаемости. Вы должны знать, как и почему следует сказать «нет» в ответ на предложение о сексе. Побеседуйте с родителями или консультантами о том, как принимать решения, касающиеся вопросов секса.

Курение может быть одной из причин простуд, инфекций пазух, раковых заболеваний, неприятного запаха изо рта или от вашей одежды и волос.

Глубокие негативные перемены в ваших чувствах, поведении, друзьях, успеваемости или посещаемости школы могут быть признаками депрессии. Если вам кажется, что вы переживаете депрессию, обратитесь к врачу или родителям за помощью. Или если друг кажется особенно грустным или раздраженным и в его поведении заметны перемены, то ему необходима помощь.

Каждый день занимайтесь физическими упражнениями или проводите с друзьями по крайней мере столько же времени, сколько вы проводите у телевизора или за компьютером.

Многие подростки могут быть знакомы с подростком, который может быть геем или лесбиянкой. Вероятно, вы захотите поговорить об этом. Вы можете позвонить в одну из организаций, которые оказывают помощь подросткам-геям и подросткам-лесбиянкам, их семьям и друзьям.

Увлечения и таланты могут стать основой для начала карьеры. Они помогают вам обрести уверенность в себе. Познавайте то, что вас интересует, например, спорт, театральное искусство, изобразительное искусство, музыку, фотографию, ювелирное дело.

Советы, касающиеся безопасности

Вождение автомобиля с другими подростками в качестве пассажиров – наиболее рискованное занятие для подростков. Вы с родителями должны установить четкие правила, касающиеся езды на автомобиле, особенно вместе с друзьями.

Например, водитель и пассажиры должны быть пристегнуты ремнями безопасности на протяжении всей поездки. Никогда не садитесь за руль после употребления алкоголя и не садитесь в машину вместе с теми, кто пил.

Помните, что «Друзья не только не позволяют друзьям садиться за руль в пьяном виде», но и не позволяют друзьям ездить с пьяными.

Используйте солнцезащитный крем. Слишком интенсивное воздействие солнечных лучей может вызвать появление морщин или рака.